

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Фролов Л.А., Сушков С.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

В настоящее время острый панкреатит занимает третье место среди хирургических заболеваний. Лечение деструктивных форм панкреатита является одной из самых сложных проблем в хирургии. По данным литературы, уровень летальности при тяжелых формах острого панкреатита достигает 20%, в случаях инфицированного панкреонекроза этот показатель достигает 30% [2,3,5]. Основными причинами летальности остаются шок и полиорганная недостаточность, гнойные осложнения. Высокая летальность после хирургических вмешательств на поджелудочной железе побудило пересмотреть показания к ранним оперативным вмешательствам. До конца 80-х годов многие хирурги придерживались активной тактики. В настоящее время большинство хирургов достаточно сдержано относятся к выполнению ранних операций и придерживаются активно-выжидательной тактики, отдавая предпочтение на ранних этапах консервативному лечению. По данным ряда авторов даже при некротическом панкреатите у 57% больных приступ купируется современными консервативными методами лечения [1,4].

Цель работы. Оценить эффективность выбора подхода к тактике лечения острого панкреатита.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 553-х больных острым панкреатитом которые находились на лечении в ЛПУ «Отделенческая клиническая больница на станции Витебск» с 1995 по 2007 год.

Результаты и их обсуждение. В концепции лечения больных с различными формами острого панкреатита мы придерживаемся консервативной тактики. Всем больным при поступлении в стационар выполняем УЗИ органов брюшной полости (для оценки состояния поджелудочной железы), общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определяем уровень α -амилазы в крови и моче.

Основными задачами комплексного консервативного лечения являются: подавление активной секреции ферментов и дезинтоксикация, устранение гемодинамических, дыхательных, воле – мических расстройств, нарушений микроциркуляции, профилактика и лечение осложнений. Всем больным, состояние которых расценивалось как средней степени тяжести или тяжелое катетеризировалась центральная вена, при необходимости больных переводили в отделение реанимации. В случаях выраженного болевого синдрома, не купирующегося наркотическими анальгетиками, использовали продленную перидуральную анестезию. С целью дезинтоксикации применяем методы экстракорпоральной детоксикации: гемосорбцию, плазмоферез, ультрафиолетовое облучение крови, внутрисосудистое облучение крови. Накопленный опыт показал, что применение методов экстракорпоральной детоксикации и фототерапии способствуют восстановлению гомеостаза, регрессированию органических дисфункций, детерминированных панкреатитом. Данные методы наряду с другими элементами комплексного консервативного лечения позволяют избежать неоправданных оперативных вмешательств в ранние сроки, поэтому должны широко применяться при лечении данной патологии.

В результате проводимого интенсивного консервативного лечения у подавляющего большинства больных нам удалось избежать оперативного вмешательства.

В зависимости от фазы развития и течения заболевания выделяют три группы оперативных вмешательств: ранние, выполненные в первые часы и дни заболевания (как правило направленные на снятие интраабдоминальной гипертензии); операции в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов на 7-14 сутки; поздние (отсроченные), которые выполняются в период ликвидации острых явлений заболевания, не ранее 2-3 недель с момента заболевания. Абсолютным показанием к операции по нашему мнению может быть только развитие гнойно-септических осложнений. Выявление некротических очагов в поджелудочной железе, скопление жидкости в парапанкреатической клетчатки без признаков системного воспалительного процесса не является показанием к оперативному лечению. Больные подлежат динамическому наблюдению.

В клинике широкое распространение получила видеолaparоскопия при лечении острого панкреатита. Показанием для данного оперативного вмешательства является наличие ферментативного перитонита с выраженной интраабдоминальной гипертензией. Во время лапароскопической операции выполняем панкреатоскопию, дренирование сальниковой сумки, оментопексию для отграничения процесса, санация и дренирование брюшной полости, для этого используем 5-6 дренажных трубок. При массивном оментобурсите, его нагноении широко используем дренирование данного очага и его промывание под УЗИ контролем.

За указанный период в клинике оперативные вмешательства были выполнены у 37 больных (7%). В ранние сроки при развитии ферментативного перитонита и выраженной интраабдоминальной гипертензии лапароскопически оперировано 19 больных (51%). Дренирование оментобурсита под УЗИ контролем выполнено у 14 больных (38%), в том числе у 6-ти больных при его нагноении. Лапаротомия, направленная на вскрытие гнойников, некрэктомия, дренирование парапанкреатической клетчатки выполнена у 4 пациентов (11%). После операции умер один больной.

Выводы.

1. При лечении острого панкреатита следует придерживаться активно-выжидательной тактики.
2. Основным методом лечения острого панкреатита является консервативный.
3. В ранние сроки единственным оправданным оперативным методом лечения являются эндоскопические вмешательства. Все остальные операции должны выполняться только при развитии гнойно-септических осложнений.

Литература:

1. Лечение перипанкреатического инфильтрата при остром деструктивном панкреатите. Пособие для врачей / А.Д. Толстой [и др.] – СПб: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2002 – 32 с.
2. Лечение острого деструктивного панкреатита / Н.Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 4-7.
3. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р.В. Вашетко [и др.], – СПб: Издательство «Литер», 2000. – 320 с.
4. Pitchumoni, C. Factors Influencing Mortality in Acute Pancreatitis: Can We Alter Them? / C. Pitchumoni, N. Patel, P.J. Shah // Clin. Gastroenterol. – 2006. – Oct; 39 (9). – P. 798-814.
5. Recent advances in the surgical management of necrotizing pancreatitis / A. Leppaniemi, E. Kempainen // Curr. Opin. Crit. Care. – 2005. – Aug; 11 (4). – P. 349-352.